





Qualidade de vida dos profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19: estudo transversal

Quality of life of health personnel during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study

Calidad de vida de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19: estudio transversal

Thamires Laet Cavalcanti e Silva¹ ; Julianne Galvão de Oliveira¹ ;
Meline Rossetto Kron-Rodrigues¹ ; Noéle de Oliveira Freitas¹ 

¹Universidade Guarulhos, Guarulhos, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos profissionais da saúde, durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, e verificar possíveis associações entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas e profissionais. **Método:** estudo transversal, com amostragem não probabilística, por conveniência. Os questionários foram administrados na modalidade on-line o questionário de caracterização e o *World Health Organization Quality of Life instrument–Abbreviated Version (WHOQOL-BREF)*. **Resultado:** entre 196 profissionais de saúde, 78,2% eram do sexo feminino, 49,7% da raça branca, 41,1% atuavam na atenção primária. Os profissionais apresentaram média dos escores do WHOQOL variando de 57,14 a 66,19, com menor média no domínio meio ambiente com o valor de 58,94 (DP = 14,20). **Conclusão:** os profissionais de saúde apresentaram uma qualidade de vida mediana com alterações de acordo com o local de trabalho e profissão nesse período de pandemia no Brasil.

Descritores: Infecções por Coronavírus; COVID-19; Pessoal de Saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to assess the quality of life of health personnel during the COVID-19 pandemic in Brazil, and to ascertain possible associations between quality of life and sociodemographic and professional characteristics. **Method:** this was a cross-sectional study of a non-probabilistic, convenience sample. The characteristics questionnaire and the World Health Organization Quality of Life instrument–Abbreviated Version (WHOQOL-BREF) were administered online. **Result:** of the 196 health personnel, 78.2% were female, 49.7% white, and 41.1% worked in primary care. Average scores in the WHOQOL ranged from 57.14 to 66.19, with the lowest average of 58.94 (SD = 14.20) in the environment domain. **Conclusion:** during this pandemic period in Brazil, health personnel's quality of life was median, and changed with place of work and profession.

Descriptors: Coronavirus Infections; COVID-19; Health Personnel; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Brasil y verificar posibles asociaciones entre la calidad de vida y las características sociodemográficas y profesionales. **Método:** estudio transversal, con muestra no probabilística, por conveniencia. Se administraron los cuestionarios en línea de caracterización y el *World Health Organization Quality of Life instrument–Abbreviated Version (WHOQOL-BREF)*. **Resultado:** entre 196 profesionales de la salud, el 78,2% era de mujeres, el 49,7% blanco, el 41,1% trabajaba en la atención primaria. Los profesionales tuvieron un promedio de los escores del WHOQOL que varía de 57,14 a 66,19, con el promedio más bajo en el dominio medioambiental, con un valor de 58,94 (DE = 14,20). **Conclusión:** los profesionales de la salud presentaron una calidad de vida mediana con alteraciones según el lugar de trabajo y la profesión en este período de pandemia en Brasil.

Descriptores: Infecciones por Coronavirus; COVID-19; Personal de Salud; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A doença ocasionada pelo coronavírus do tipo 2, a COVID-19, teve início na China, mais especificamente na cidade de Wuhan, chegando ao Brasil em 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo Coronavírus, em 11 março de 2020. O governo brasileiro declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana do novo Coronavírus no dia 03 de fevereiro de 2020 pela Portaria nº 188¹.

A primeira onda epidemiológica de casos e sincronização da transmissão no país aconteceu entre junho e agosto de 2020. No período de dezembro 2020 a junho de 2021, ocorreu uma segunda onda de transmissão iniciada decorrente do verão e período de festas de final de ano, além do relaxamento das medidas de prevenção pela população. Diante disso, em abril de 2021 ocorreu o ápice no número de casos com predominância da variante Gama do Coronavírus, com aumento do número de casos e óbitos entre março e junho de 2021, alcançando picos de 3 mil óbitos diariamente².

Autora correspondente: Noéle de Oliveira Freitas. E-mail: nooliveirafreitas@gmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

No período de julho a dezembro de 2021, houve um período de redução do número de casos, casos graves e mortalidade, decorrente dos impactos positivos da campanha de vacinação, com consequente alívio do sistema de saúde e redução da taxa de ocupação dos leitos. Já a terceira onda iniciou em dezembro de 2021 com a predominância da variante *Ômicron*, novamente decorrente do relaxamento das medidas preventivas, período de férias e festas².

Os profissionais de saúde, pela natureza do trabalho, caminham em direção oposta ao distanciamento social. Lidam com o aumento da demanda de trabalho, jornadas longas de trabalho, poucos recursos e infraestrutura precária, com o uso de equipamento de proteção que causa desconforto e dificuldade de respirar, o despreparo e a falta de educação permanente proposta pelas instituições de saúde³.

Esse tipo de pandemia em larga escala interfere diretamente na saúde física, mental e qualidade de vida em geral, isso já foi comprovado em epidemias anteriores⁴.

A OMS define qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”⁵. Estudos realizados com profissionais da saúde que atuaram no cuidado de pacientes com COVID-19 identificaram qualidade de vida deteriorada, alteração no sono, elevado nível de depressão, ansiedade e estresse^{6,7}.

Os profissionais de saúde estão em uma intensa carga de trabalho, além da maior exposição em comparação com a população em geral, o que pode gerar cansaço e tensão excessivos e acarretar ansiedade, depressão e os sentimentos de tristeza, mágoa e impotência. Esse alto nível de ansiedade decorrente do risco de infecção vem interferindo diretamente na qualidade de vida dos profissionais de saúde⁸.

A COVID-19 trouxe um grande impacto não apenas na saúde mental dos trabalhadores, mas também na qualidade de vida em geral. Sendo necessária uma avaliação do impacto na qualidade de vida dos trabalhadores, rotinas de trabalho, salários e saúde psicológica. Em um estudo na Coreia, observou-se uma redução da qualidade de vida de alguns grupos de trabalhadores⁹.

Estudo realizado na Turquia avaliou os níveis de ansiedade, qualidade de vida e qualidade do sono de 140 profissionais de saúde e identificou que 71% tinham problemas de ansiedades (38% leve, 20% moderada e 13% grave), além de uma correlação negativa com os escores de WHOQOL-BREF, interferindo diretamente na qualidade de vida¹⁰.

Diante do exposto, entende-se que a pandemia da COVID-19 vem afetando a vida dos profissionais da saúde em nível global e, principalmente, dos profissionais de saúde que estão na linha de frente em instituições públicas e privadas, combatendo algo novo e até então desconhecido. Assim, surge o interesse em avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde no enfrentamento ao novo Coronavírus no Brasil.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, e verificar possíveis associações entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas e profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, no qual foram incluídos profissionais da saúde que atuaram ou atuam na linha de frente da pandemia da COVID-19, em hospitais públicos e privados, unidades da atenção primária e clínica privada, hospitais de campanha, além de profissionais que não tiveram contato direto com atendimento de pacientes infectados pela COVID-19.

A amostra foi definida por técnica não probabilística, por conveniência. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2021, de forma *on-line* (virtual) e seguiu as diretrizes do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES)¹¹. Este estudo se caracterizou como uma pesquisa aberta (*open survey*), pois os questionários permaneceram abertos para que qualquer pessoa que tivesse acesso ao link pudesse respondê-los. Além disso, os participantes poderiam compartilhar e convidar outras pessoas a participarem do estudo. Essa estratégia foi escolhida por facilitar o acesso aos profissionais de saúde no período de pandemia, restritos a ambientes que não poderiam ser frequentados pelos pesquisadores, e contribuir para a não propagação do vírus.

Os questionários foram inseridos no *Google Forms*[®] e distribuídos em 15 páginas. Antes de iniciar o envio do convite, os pesquisadores testaram o acesso ao link e aos questionários. Foram utilizados: um questionário de caracterização da amostra e o WHOQOL-BREF, um instrumento de avaliação da qualidade de vida, composto por 26 itens que mensuram os seguintes domínios amplos: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente^{12,13}. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida^{12,13}.

Inicialmente, o convite com o *link* da pesquisa foi enviado para uma rede de contato dos pesquisadores e profissionais da saúde por e-mail, além de grupos no Whatsapp[®] e mídias sociais. Em casos de não resposta após sete dias, um novo *e-mail* ou mensagem era enviado. Para expandir a amostra, os primeiros convidados a participarem da pesquisa foram convidados a repassar o link para seus contatos profissionais pessoais.

Ao acessar o *link*, o participante tinha acesso inicialmente a descrição sobre os procedimentos, os critérios de inclusão, os objetivos do estudo e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao acessar o TCLE, o participante deveria assinalar se aceitava ou não participar da pesquisa. O participante somente teria acesso aos questionários caso aceitasse participar da pesquisa. A participação era voluntária e, após o aceite, o participante teve acesso ao questionário sociodemográfico e ao WHOQOL-BREF. O participante tinha o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

Após o término da coleta de dados, foi realizada a checagem do banco de dados, sendo identificadas 204 respostas. No entanto, seis estavam duplicadas e duas não foram preenchidas. Após a exclusão, totalizaram-se 196 registros de respostas, compondo a amostra final do estudo.

Com o objetivo de garantir a integridade das informações, o banco de dados foi inicialmente armazenado criptografado em uma nuvem e sem as informações pessoais. Durante a coleta de dados foi realizado um *backup* diário para evitar a perda de dados. Após concluída a coleta de dados, o armazenamento dos dados na nuvem foi removido seguindo as normativas do Ofício Circular nº2 de 24 de fevereiro de 2021¹⁴ e da diretriz do CHERRIES *Checklist*¹¹.

Após a coleta, os dados foram transferidos para uma planilha do programa Microsoft Excel®. Após a checagem do banco de dados, os mesmos foram analisados com auxílio do *software Statistical Package For Social Science – SPSS®*, versão 21.0.

Primeiramente, realizou-se a análise descritiva, por meio de média, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas. Para a análise descritiva do WHOQOL-Bref, foram realizados os cálculos por domínios, bem como, a questão 1 e a questão 2.

Após aplicação do teste Shapiro-Wilk e confirmação que as variáveis não apresentaram distribuição paramétrica, comparações de escores nas escalas WHOQOL-BREF entre diferentes subgrupos da amostra foram realizadas por meio de testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Correlações entre variáveis contínuas foram investigadas por meio do coeficiente de Spearman. Para análise dos coeficientes de correlação, foram considerados os seguintes valores de correlação: <0,30 como correlação fraca; entre 0,30 e 0,50 como correlação moderada e acima de 0,50 como correlação forte¹⁴. O nível de significância adotado para os testes foi de 0,05.

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição envolvida. Para a realização do estudo, foram contemplados os aspectos éticos definidos pela Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012¹⁵, no que se refere aos princípios éticos. O Ofício Circular nº2 de 24 de fevereiro de 2021 também foi contemplado nesta pesquisa, por se tratar de pesquisa utilizando o ambiente virtual¹⁶. Para acessar e responder aos questionários, o participante teria de aceitar o TCLE.

RESULTADOS

Participaram do estudo 196 profissionais de saúde, desses 78,2% do sexo feminino, 49,7% indicaram pertencer à raça branca, 35,5%, à parda e 11,7%, à preta. Em relação à titulação dessa amostra de profissionais, 48,7% relataram ter curso de pós-graduação, 20,3%, superior completo e 19,8%, mestrado. A maioria dos participantes era da região Nordeste do país, totalizando 66,3%, 25% região Sudeste, 4,6% região Norte, 3,1% região Sul, 0,5% região Centro-oeste e 0,5% Distrito Federal.

Em relação ao tipo de instituição que esses profissionais trabalhavam, 41,1% estavam lotados na atenção primária à saúde, 21,8%, na atenção secundária, 29,9%, na terciária. E em decorrência do COVID-19, 33,5% relataram que foram remanejados de setor nesse período e 32% tiveram redução salarial. De acordo com os dados coletados, 39,6% relataram que tiveram COVID-19 e 48,2% tinham mais de um vínculo empregatício.

As profissões representadas na amostra estão apresentadas por categoria, sendo 47,4% indivíduos da equipe de enfermagem (39,3% enfermeiros, 7,7% técnicos de enfermagem e 0,5% auxiliares de enfermagem). Em relação às demais profissões, 19,9% eram fisioterapeutas; 12,4% eram dentistas, 6,6%, médicos, 5,1% psicólogo, 4,1% farmacêuticos, 1,5% nutricionista, 1,5% assistente social, 1% fonoaudiólogos e 0,5% terapeutas ocupacionais.

A média dos domínios do WHOQOL-BREF é apresentada na Tabela 1.

TABELA 1: Dados descritivos WHOQOL-BREF (n = 196). Guarulhos, SP, Brasil, 2021.

	Média	DP ^a	Mediana	Mínimo-Máximo
Q1 ^b	66,19	24,72	75,00	0-100
Q2 ^c	57,14	26,31	75,00	0-100
Domínio físico	65,43	16,58	66,67	28,57-100
Domínio psicológico	62,09	15,82	65,00	20,00-100
Domínio relações sociais	62,69	20,14	66,67	8,33-100
Domínio meio ambiente	58,94	14,20	59,37	18,75-96,88

^aDesvio-padrão; ^bQuestão 1 do WHOQOL-Bref; ^cQuestão 2 do WHOQOL-Bref

A média dos escores os do WHOQOL-BREF variou de 57,14 a 66,19, com menor média no domínio meio ambiente com valor de 58,94 ($\pm 14,20$), o domínio físico apresentou média de 65,43 ($\pm 16,58$), o psicológico 62,09 ($\pm 15,82$) e as relações sociais 62,69 ($\pm 20,14$).

A qualidade de vida não se mostrou associada às seguintes variáveis relacionadas ao âmbito profissional: ter mais de um vínculo empregatício, redução salarial e tipo de instituição. No entanto, a carga horária semanal apresentou correlação significativa com as seguintes variáveis no WHOQOL-BREF: Q1 ($\rho = -0,275$, $p < 0,001$), Q2 ($\rho = -0,202$, $p = 0,007$), domínio 1 ($\rho = -0,225$, $p = 0,003$), domínio 2 ($\rho = -0,154$, $p = 0,042$) e domínio 3 ($\rho = -0,175$, $p = 0,021$).

As diferenças entre subgrupos da amostra, nas demais variáveis do WHOQOL-Bref, podem ser consultadas na Tabela 2. A tabela apresenta apenas os escores em que foram observadas diferenças significativas entre grupos.

TABELA 2: Comparação de escores no WHOQOL-BREF entre subgrupos da amostra divididos com base em aspectos profissionais (n = 196). Guarulhos, SP, Brasil, 2021.

	Q1 ^d				Q2 ^e				Domínio físico				Domínio psicológico			
	Média	DP ^f	Mediana	p-valor	Média	DP ^f	Mediana	p-valor	Média	DP ^f	Mediana	p-valor	Média	DP ^f	Mediana	p-valor
Profissão^{ab}				0,089				0,384				0,141				0,408
Dentista	75,00	22,12	75,00		60,42	25,44	75,00		70,39	13,17	67,86		67,29	15,88	70,00	
Enfermeiro	63,31	27,97	75,00		54,87	26,29	50,00		65,34	17,24	66,67		62,21	15,63	65,00	
Fisioterapeuta	71,15	21,87	75,00		62,18	26,82	75,00		68,41	16,07	71,42		60,51	15,97	60,00	
Médico	59,61	21,74	75,00		55,77	25,32	50,00		59,61	18,41	57,14		59,23	14,84	60,00	
Psicólogo	72,50	14,19	75,00		60,00	24,15	62,50		68,21	16,19	66,07		60,50	18,62	70,00	
Técnico de enfermagem	56,67	22,09	75,00		46,67	26,50	50,00		57,38	19,77	53,57		56,67	17,99	55,00	
Nível de complexidade^b				0,053				0,025*				0,288				0,125
Atenção primária	72,18	20,51	75,00		63,38	24,93	75,00		68,36	17,38	67,86		64,29	16,67	70,00	
Atenção secundária	67,26	24,38	75,00		55,36	24,40	50,00		64,37	17,15	64,29		61,78	14,52	65,00	
Atenção terciária	57,89	28,80	75,00		48,25	27,89	75,00		62,47	16,52	57,14		58,25	16,41	60,00	
Foi remanejado^c				0,020*				0,067				0,031*				0,030*
Sim	60,61	28,78	75,00		53,41	26,99	50,00		61,96	17,35	60,71		58,94	16,61	60,00	
Não	69,34	22,00	75,00		59,38	25,87	75,00		67,33	15,99	67,86		64,06	14,99	70,00	
Teve COVID-19^c				0,050*				0,026*				0,076		0,269		
Sim	63,78	24,72	75,00		53,21	26,22	50,00		62,59	17,11	60,71		60,90	15,97	60,00	
Não	67,79	24,70	75,00		59,75	26,16	75,00		67,30	16,01	67,86		62,88	15,74	65,00	

^aForam comparadas apenas profissões representadas por mais de n = 10 participantes na amostra; ^bTeste de Kruskal-Wallis; ^cTeste de Mann-Whitney; ^dQuestão 1 do WHOQOL-Bref.; ^eQuestão 2 do WHOQOL-Bref; ^fDesvio-padrão; *Estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

Em relação à comparação das características profissionais com os resultados do WHOQOL-Bref, quando avaliado o que os participantes pensavam sobre a sua qualidade de vida (Q1), os dentistas indicaram a melhor qualidade de vida com a média de 75,0 ($\pm 22,72$), em seguida os psicólogos com a média de 72,5 ($\pm 14,19$) e fisioterapeutas com 71,15 ($\pm 21,87$). Na questão 1 (Q), todos os profissionais apresentaram um valor de mediana de 75.

De acordo com a análise, os dentistas ainda apresentaram a melhor qualidade de vida do WHOQOL-Bref em relação ao domínio físico com uma média de 70,39 ($\pm 13,17$; mediana=67,86) e no domínio psicológico média 67,29 ($\pm 16,19$; mediana=66,07). Os técnicos de enfermagem indicaram a pior qualidade de vida com média de 56,67 ($\pm 22,09$; mediana=75), no domínio 1 a média foi de 57,38 ($\pm 19,77$; mediana=53,57) e o domínio 2 a média foi de 56,67 ($\pm 17,99$; mediana=55,0).

Na análise de nível de complexidade, não houve nenhuma diferença significativa em relação à qualidade de vida.

Os profissionais que atuam na atenção terciária apresentaram a menor média 57,89 ($\pm 28,80$; mediana=75), no domínio 1 e no domínio 2. Os profissionais que foram remanejados para outro setor apresentaram menor média e mediana no domínio 1, sendo 61,96 ($\pm 17,35$; mediana=60,71) respectivamente, bem como no domínio 2 a média 58,96 ($\pm 16,61$; mediana=60,0).

Na Tabela 3, são apresentados os dados relacionados à avaliação daqueles que trabalharam, ou não, frente à COVID-19.

TABELA 3: Dados descritivos e comparação de escores no WHOQOL-Bref entre profissionais que trabalharam e não trabalharam, na linha de frente contra a COVID-19 (n = 196). Guarulhos, SP, Brasil, 2021.

	Trabalhou na linha de frente? ^a				p-valor
	Sim (n = 105)		Não (n = 90)		
	Média (DP ^b)	Mediana	Média (DP ^b)	Mediana	
WHOQOL-BREF					
Q1 ^c	62,38(27,98)	75,00	71,11(19,07)	75,00	0,083
Q2 ^d	54,77(27,32)	62,50	60,28(24,83)	62,50	0,167
Domínio físico	64,35(17,72)	64,29	66,81(15,16)	64,29	0,314
Domínio psicológico	61,52(16,25)	65,00	63,06(15,17)	65,00	0,393
Domínio relações sociais	62,90(20,54)	66,67	62,69(19,76)	66,67	0,976
Domínio meio ambiente	57,61(15,40)	59,37	60,63(12,54)	59,37	0,169

^aTeste de Mann-Whitney; ^bDesvio-padrão; ^cQuestão 1 do WHOQOL-Bref; ^dQuestão 2 do WHOQOL-Bref.

Em relação à questão 1 do WHOQOL-Bref, os profissionais que não atuam na linha de frente apresentaram maior média do escore no valor de 71,11 ($\pm 19,07$; mediana=75,00), diferentemente dos que atuavam na linha de frente com a média de 62,38 ($\pm 27,98$; mediana=75,00). No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significantes ($p=0,083$).

DISCUSSÃO

Este estudo forneceu um breve panorama da qualidade de vida dos profissionais da saúde que atuaram ou não na linha de frente contra a COVID-19 no Brasil, além de identificar possíveis associações entre as características dos profissionais com a qualidade de vida.

Em relação aos resultados obtidos, não foi identificada diferença significativa na qualidade de vida dos profissionais que atuaram na linha de frente em hospitais de campanhas ou nas demais áreas da saúde. Os dentistas, psicólogos e fisioterapeutas apresentaram maiores escores de qualidade de vida, principalmente no domínio físico e psicológico. Tal resultado pode ter relação com o elevado número de participantes que prestam serviços na atenção primária e a nível ambulatorial. Os técnicos de enfermagem se destacaram por apresentarem piores escores de qualidade de vida, possivelmente devido as suas atribuições como contato direto com os pacientes contaminados e cuidados básicos de higiene ou por outros fatores externos.

Em um estudo realizado na Índia, com o objetivo de identificar ansiedade, depressão e qualidade de vida em enfermeiros, que utilizou o WHOQOL-BREF, foram identificados escores médios em todos os domínios, demonstrando que a qualidade de vida dos enfermeiros não foi muito afetada¹⁷. A variável estado civil foi um fator importante no estudo realizado na Índia, pois contribuiu para prejuízo em seu domínio psicológico ($P = 0,008$) e domínios sociais ($P = 0,000$)¹⁶. No entanto, essa variável não foi avaliada neste estudo.

Na Indonésia, um estudo com profissionais de saúde utilizou o WHOQOL-BREF e identificou uma média de 63,18 para o domínio físico e de 60,33 para o domínio psicológico¹⁸. Resultados semelhantes foram identificados no presente estudo com valores de média de 65,43 no domínio físico, 62,09 no domínio psicológico, 62,69 no domínio relações sociais e 58,94 no domínio meio ambiente.

Um estudo realizado com uma amostra de profissionais de saúde, nos primeiros dias da pandemia, avaliou a qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF e identificou que logo no início da pandemia o domínio relações sociais foi o mais afetado¹⁹. Diferentemente dos resultados deste estudo que foi realizado em 2021, período esse indicado como segunda onda da COVID-19, no Brasil, que identificou um pior escore no domínio meio ambiente (média: 58,94).

Um estudo que avaliou a qualidade de vida em médicos na China, também utilizando o WHOQOL-BREF, identificou a variável carga horária de trabalho ($P=0,022$) associada a maior risco de depressão¹⁹. Além disso, em relação à qualidade de vida, foi identificada correlação estatisticamente significativa da variável carga horária com as variáveis do WHOQOL-BREF: Q1 ($\rho=-0,275$, $p<0,001$), Q2 ($\rho=-0,202$, $p=0,007$), domínio 1 ($\rho=-0,225$, $p=0,003$), domínio 2 ($\rho=-0,154$, $p=0,042$) e domínio 3 ($\rho=-0,175$, $p=0,021$)²⁰.

Divergindo deste estudo, um estudo realizado em cinco cidades na Arábia Saudita com o objetivo de documentar a qualidade de vida no trabalho (QVT) por meio do WHOQOL-Bref entre profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva (UTIs) e unidades de emergência durante o surto da COVID-19, de maio a junho de 2020, identificou que a qualidade de vida desses profissionais durante a pandemia de COVID-19 foi baixa²¹.

Quando analisada a categoria profissional, um estudo realizado no Egito verificou que os médicos obtiveram a média e desvio-padrão no domínio físico do WHOQOL-Bref no valor de 55,2 e 14,5 respectivamente, no domínio psicológico média de

58,7 e o desvio-padrão de 17,3²². No Brasil, no presente estudo, os médicos apresentaram a média de 59,61 e o desvio-padrão 18,41 no domínio físico, e a média de 59,23 e o desvio-padrão de 14,84 para o domínio psicológico.

Os profissionais de saúde sofrem com o impacto da pandemia, o país vivencia uma crise sanitária, muitos Estados passaram por dificuldades e exigiram dos gestores sabedoria no planejamento e na tomada de decisão. Ainda hoje a fase é preocupante, sem previsão do fim da pandemia, atrelado a uma crise política, econômica e social. Apesar dessa crise, o aumento na demanda dos serviços de saúde e do número de doentes, a vacinação vem impedindo as internações e crescimento no número de óbitos².

Um aspecto relevante deste estudo trata-se de a coleta de dados ter sido iniciada em abril de 2021 e finalizada em agosto de 2021. Destaca-se que, no mês de abril de 2021, a segunda onda de transmissão do Coronavírus do Brasil atingiu o seu ápice. Nesse período, em especial de março a junho de 2021, o número de óbitos por COVID-19 alcançou picos de até 3.000 óbitos por dia, acarretando no colapso do sistema de saúde, escassez de equipamentos e insumos hospitalares e esgotamento da força de trabalho². Sendo assim, os resultados deste estudo retratam a qualidade de vida dos profissionais da saúde durante um período de maior colapso do sistema de saúde no Brasil.

Limitações do estudo

Este estudo tem limitações que merecem ser destacadas. Em primeiro lugar, a heterogeneidade da amostra devido à inclusão de diferentes categorias profissionais e o baixo número amostral dificultam possíveis comparações e análises. Em segundo lugar, o critério de incluir profissionais que atuaram ou não na linha de frente da pandemia e o baixo número amostral podem ter influenciado os resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde apresentaram uma qualidade de vida mediana com alterações de acordo com o local de trabalho e profissão nesse período de pandemia no Brasil. É evidente que a temática ainda é nova, sendo necessários estudos e aprofundamentos no que se refere ao vírus e à qualidade de vida dos profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam na linha de frente da pandemia.

Além disso, é importante que os gestores sejam sensibilizados e despertem um olhar para saúde mental e qualidade de vida dos trabalhadores, com a criação de programas e políticas direcionados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº188 de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, 2020 [cited 2022 Oct 07]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
2. Fiocruz. Boletim Especial Balanço de dois anos de pandemia. Rio de Janeiro, 2022. [cited 2022 Oct 07]. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf.
3. Ornell F, Halpern S, Chwartzmann KF, Paim HN, Magalhães JC. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 36(4):e00063520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.
4. Sim K, Chua HC. The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *CMAJ*. 2004 [cited 2022 Oct 07]; 170(5):811-2. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.1032003>.
5. Organização Mundial da Saúde. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS, 1998. [cited 2022 Oct 07]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=544A78C181C8A053C53E1E43C1D37F3C?sequence=1.
6. An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 276:312-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.047>.
7. Korkmaz S et al. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 80:131-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>.
8. Huan F, Wang Y, Zhang W, Lin Y, Zeng LC, Jiang X, et al. Health-related quality of life and influencing factors of pediatric medical staff during the COVID-19 outbreak. *Front Public Health*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 8:565849. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.565849>.
9. Kim YJ, Kang SW. The Quality of life, psychological health, and occupational calling of Korean workers: differences by the new classes of occupation emerging amid the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 17(16):5689. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165689>.
10. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tarlar AS, Balci HN, Almaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci*. 2020 [cited 2022 Oct 07]; 80:131-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.073>.
11. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004 [cited 2022 Dec 12]; 6(3):1-6. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>.

12. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychol. Med.* 1998 [cited 2022 Oct 07]; 28:551-8. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000 [cited 2022 Oct 07]; 30(2):178-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
14. Ajzen J, Fishben M. Overview. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466, 2012. Brasília: CNS; 2012. [cited 2022 Oct 07]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Ofício circular 2 de 24 de fevereiro de 2021. Brasília, 2021 [cited 2022 Oct 07]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf.
17. Sharma, SK. Anxiety, depression and quality of life (QOL) related to COVID-19 among frontline health care professionals: a multicentric cross-sectional survey. *J Family Med Prim Care.* 2021 [cited 2022 Oct 07]; 10(3):1383-9. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2129_20.
18. Hadning I, Ainii NQ. An analysis of health workers' quality of life in Indonesia during COVID-19 pandemic. Indonesia: Atlantis Press. 2021 [cited 2022 Oct 07]. <https://dx.doi.org/10.2991/ahsr.k.210115.085>.
19. Paula JJ, Costa DS, Serpa ALO, Silva AG, Pinheiro MIC, Malloy-Diniz LF, et.al. Quality of life of health care professional in pandemic times. *Clini Neuropsychiatry.* 2021 [cited 2022 Oct 07]; 18(3):113-8. DOI: <https://doi.org/10.36131/cnforitieditore20210301>.
20. Zhang HH, Zao Y, Wang C, Zhang Q, Yu H, Cheung T, et. al. Depression and its relationship with quality of life in frontline psychiatric clinicians during the COVID-19 pandemic in China: a national survey. *Int J Biol Sci.* 2021 [cited 2022 Oct 07]; 7(3):683-8. DOI: <https://doi.org/10.7150/ijbs.56037>.
21. Maqsood MB, Islam A, Nisa Z, Naqvi AA, Qarni AA, Al-karasneh AF, et.al. Assessment of quality of work life (QWL) among healthcare staff of intensive care unit (ICU) and emergency unit during COVID-19 outbreak using WHOQoL-BREF. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2021 [cited 2022 Oct 07]; 29(11):1348-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2021.09.002>.
22. Elgohary HM, Sehlo MG, Bassiony MM, Youssef UM, Elrafey DS, Amin SI. Depression among health workers caring for patients with COVID-19 in Egypt. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg.* 2021 [cited 2022 Oct 07]; 57(1):139. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00394-1>.